کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه؛ مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. *پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۱۷۴-۱۵۴.*

اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی

سمیه کهریزی[۱]، آسیه مرادی[۲]، خدامراد مؤمنی[۳]

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری انجام شد. این پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره بود. جامعه آماری شامل کودکان ۷-۵ ساله دارای اختلال رفتاری بود که در سال ۹۲-۹۱ در مراکز مهد کودک شهر کرمانشاه، قرار داشتند. روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. ابتدا از بین مناطق سه گانه شهر کرمانشاه، شش مهد کودک(از هر منطقه دو مهد کودک) به تصادف انتخاب شد. ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری شناسی شدند. سپس بر اساس نقطه برش پرسشنامه و شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۳۰ کودک(۱۰ دختر و ۲۰ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ده جلسه هفتگی (۴۵ دقیقه در هفته) در فعالیت شن بازی به صورت انفرادی شرکت داده شدند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای سنجش اختلال رفتاری و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم(۱۹۶۷) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که مداخله شن بازی درمانی، به کاهش مؤلفه‌های پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری منجر می‌شود. اما بر اختلال سلوک اثر معنی‌دار ندارد. چنین دستاوردی در پیگیری یک ماه حفظ شد. می‌توان نتیجه گرفت مداخله شن‌بازی در کاهش اختلال رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری نقش مؤثری دارد.

کلید واژه ها: *کودکان، اختلال رفتاری، شن بازی*

---

۱. کارشناس ارشد روانشناسی(نویسنده مسئول)، Kahrizi.sahar@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

۳. دانشیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود (Genna,Natacha,Dale & et,2010). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان شناسی مرضی و بر خلاف باور ابتدایی، نشان داده‌شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلای به اختلال‌های روانی[1] قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال های رفتاری و هیجانی دست به گریبانند(Zeng,2007). پژوهش های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلال رفتاری[2] هستند (Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst,2002). اختلال‌های رفتاری، اختلال‌های شایع و ناتوان کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده و خودکودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با درصدهای بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند. تعاریف گوناگونی از اختلال های رفتاری ارائه شده که هر تعریفی بر جنبه های ویژه ای تأکید می‌کند اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند: ۱) این رفتارها افراطی هستند، رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارد، جزء این اختلال ها محسوب نمی‌شوند، ۲) اختلال های رفتاری مزمن هستند و به سرعت بر طرف نمی‌شوند. ۳) این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی-فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرد(Shokohi-yekta&Parand,2004).

اختلالات رفتاری کودکان طیف وسیعی شامل: بیش فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام است (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas,2005). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (Brown,2007). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هرچه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. مجموعه این عوامل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد (Wolfe& Mish,2006) پژوهش‌ها در مورد اختلالات رفتاری

1. mental disorders
2. behavioral disorders

کودکان نشان می‌دهدکه اکثر بزرگسالان ضداجتماعی، تاریخچه‌ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند(Rutter, Kreppner, O connor, 2001).

همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (Campbll, 2004). نتایج مطالعات نشان داده است که مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثار طولانی مدتی بر سطح کنش وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی بر جای گذارد (Smith, Katsiyannis & Ryan, 2011). چون با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارتهای متناسب با سن بر مسیرهای تحولی اثر می کند و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار می دهند(Pattersan & Stoolmiller, 1991). به عبارتی دیگر این کودکان اغلب نمی توانند پاسخ های عاطفی و رفتاری متناسب با سن خود را تجربه کنند و با موانع یادگیری در محیط آموزشی مواجهه می شوند (Sausser & Waller, 2006).

مدارک و شواهد جمع آوری شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰، اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان به بیش از ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت و به عنوان پنجمین عامل ناتوانی در میان کودکان تبدیل خواهد شد(Wolfe& Mish,2006). آثار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ درصد تا ۲۵ درصد متغیر است (Epen, Swady & Abou-saleh, 2007). مهرابی(Mehrabi,2004) در پژوهشی در شهر اصفهان به این نتیجه رسید که ۱۳/۲ درصد دانش آموزان ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. در پژوهشی دیگر میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه بندی بالینی نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشت (Qobari-banab & et, 2006).

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی‌درمانی است (Taklavi,2011). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد (Wethinton, 2008). به عبارتی دیگر استفاده از بازی(Hughes, 2008) ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. در همین جهت (Tampson & Roodlef,2005) پیشنهاد کرده‌اند که به جای این عبارت فروید " درمان از راه صحبت " و به ویژه وقتی سخن از درمان کودکان به میان می‌آید، بهتر است از عبارت « درمان از راه بازی » استفاده شود. شن‌بازی شکل خاصی از بازی‌درمانی است که در دهه ۱۹۲۰ برای نخستین بار معرفی شد و در پایان این دهه از تجدید حیات مجددی برخوردار گشت(Mattson & Veldorale-Brogan,2010). شن‌بازی

درمانی روشی برای درمان کودکان و بزرگسالان است که توسط دوراکالف[1](1980) ارائه شد. کالف اولین فردی بود که با کنار هم قرار دادن مجسمه‌های کوچک و شن و بکار گیری اصول نظریه یونگ، مراجعان خود را درمان کرد. شن بازی درمانی کالف روشی است غیر کلامی، نمادین و بر اساس تجربه های خلاق افراد که در آن کودک با ساختن دنیای خود در جعبه شن، به بیان تعارضات، تمایلات و هیجاناتش می‌پردازد (Allan & Berry,1987). در واقع این تکنیک بین خودآگاه و ناخودآگاه رابطه برقرار می کند و باعث توسعه و بازسازی اعتماد به‌نفس افراد می‌شود (Cunningham, 1997) .

درمانگران شن بازی کالفی بر این باورند که تصاویر ساخته شده در شن که توسط مراجع خلق شده است، اغلب بازنمایی از کهن الگوهای مختلف برای بیان جهان خود است(Sue Dawson, 2012). فرض کلیدی در شن بازی درمانی این است که مواد انتخاب شده و نحوه قرار دادن اشیاء کوچک در جعبه شن منعکس کننده نگرانی ها و مسائل مربوط به مراجع و عینی و برون سازی این نگرانی هاست. این فرایند به درک بیشتر و تسلط نهایی بر مشکلات منجر می شود(Landreth,1993).

از زمانی که شن بازی به عنوان مداخله درمانی پذیرفته شد، مطالعات مختلفی به اثربخشی آن پرداختند و در بسیاری از مطالعات برای دامنه وسیعی از مشکلات بزرگسالان و کودکان استفاده شده است. این مطالعات حاکی از آن است که شن بازی درمانی بر سلامت روانی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری شرکت کنندگان (اغلب نوجوان و بزرگسال) تأثیرگذار است (Wang Flahive& Ray,2007). افسردگی[2] و احساس تنهایی آن ها را کاهش می‌دهد(Mi-yung & Kim, 2012). عزت نفس را افزایش می‌دهد (Botha, 2010). و از طریق تأثیرگذاری بر رفتارهای تکانشی[3] و پرخاشگرانه باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود (Allan & Berry,1987). مطالعه‌ی (Wen, Risheng, Haslam & Zhilikg, 2011) حاکی از تأثیرگذاری شن بازی درمانی بر کاهش نشانه های اجتناب اجتماعی[4] و اضطراب در دانشجویان چینی و بهبود آگاهی اجتماعی بوده است.

در مطالعه‌ای دیگر (Sue Dawson, 2012) از شن بازی درمانی برای بهبود نشانه‌های افسردگی در نوجوانان افسرده استفاده کرد و متوجه شد که این نوع مداخله تأثیر مثبت معنی داری در کاهش نشانه‌های افسردگی دارد. همچنین در یادگیری و رشد عاطفی و رفتاری کودکان (Unnsteinsdottir,2012)، کاهش

1. Kallf, D
2. depression
3. impulsive behavior
4. social avoidance

مشکلات‌عاطفی- هیجانی (Richards, Pillay & Fritz, 2012) و توسعه مهارت‌های ارتباطی بین فردی(Cao, Shan, Xu & Xu, 2013) مؤثر است.

در هر حال، پژوهش درباره اثربخشی شن بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری در کودکان به صورت بسیار محدود انجام شده است و تا به حال پژوهشی در خصوص اثرات شن‌بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان انجام نشده است. با توجه به شواهدی مبنی بر بالابودن میزان اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی و پیامدهای منفی این متغیر در زندگی آن ها و اطرافیانشان، هدف از اجرای این مطالعه تعیین اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی است. فرضیه این مطالعه عبارت است از: شن‌بازی درمانی باعث کاهش اختلال رفتاری(و مؤلفه‌های آن) در کودکان می‌شود.

روش

تحقیق حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی است. در سطح استنباطی نیز آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. در این مطالعه متغیر وابسته (اختلال رفتاری) در دو گروه (آزمایشی وکنترل) در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری(یک ماه پس از پایان مداخله) اندازه گیری شده‌اند. جامعه آماری مطالعه شامل تمام کودکان دارای اختلال رفتاری مهد کودک و پیش دبستانی زیر نظر بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ می‌شد. در این مطالعه از روش نمونه برداری تصادفی ساده استفاده شد. پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه، شش مهد-کودک(از هر منطقه دو مهد کودک) به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از آن پرسشنامه اختلال‌رفتاری کودکان توسط مربیان برای تمام کودکان(۵ تا ۷ سال) تکمیل شد. از (۳۲۴) پرسشنامه ارائه شده، ۳۲۰ پرسشنامه قابل نمره گذاری بازگردانده شد. در مرحله بعد پس از تصحیح پرسشنامه‌ها، ۵۴ کودک دارای اختلال‌رفتاری انتخاب شدند. که در نهایت با توجه به شرایط ورود و خروج آزمودنی‌ها، ۳۰ کودک(۱۰ دختر و ۲۰ پسر) که دامنه سنی آنها بین ۵ تا ۷ سال(M= ۵/۶۷، SD= ۰/۶۱) بود، به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. لازم به یادآوری است که مربیان در یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری $SSPS_{18}$ انجام پذیرفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه		جنس		سن			تحصیلات پدر			تحصیلات مادر		
		دختر	پسر	۵	۶	۷	زیردیپلم	دیپلم	تحصیلات عالی	زیردیپلم	دیپلم	تحصیلات عالی
آزمایش	n	۶	۹	۶	۸	۱	۳	۴	۸	۱	۶	۸
	%	۴۰	۶۰	۴۰	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۳۰	۲۶/۶۷	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۴۰	۵۳/۳۳
کنترل	n	۴	۱۱	۵	۵	۲	۲	۳	۱۰	۳	۵	۷
	%	۲۶/۶۷	۷۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۳/۳۳	۱۳/۲۴	۱۳/۳۳	۲۰	۶۶/۶۷	۲۰	۳۳/۳۳	۴۶/۶۷

شرایط ورود به مطالعه آزمودنی‌ها عبارت بود از: کسب نمره برابر یا بالاتر از **۱۳** در آزمون اختلال رفتاری راتر، رضایت والدین، گذشت حداقل شش ماه از ثبت نام در مهد کودک، زندگی در کنار پدر و مادر است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: داشتن اختلال بارز گفتاری، شنوایی، بینایی و حرکتی، استفاده از روش های دیگر درمانی(مشاوره ای و یا پزشکی) می‌شد.

بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی کودکان در گروه های آزمایش و گواه، کودکان حاضر در گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخله برای مقایسه دو گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه پس از مداخله(پیگیری) پرسشنامه‌ها مجددا توسط مربیان کامل شد.

در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از مداخله به کمک شن بازی درمانی(بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی)است. مداخله توسط پژوهشگر به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (چهل و پنج دقیقه) اجرا شد. در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش انجام شد عبارت بود از برنامه شن بازی درمانی که توسط بویک و گودووین (۲۰۰۰) تدوین شده است.

ابزارگردآوری داده‌ها

پرسش نامه اختلال رفتاری راتر فرم B (فرم معلم): این آزمون توسط راتر (Rutter,1967) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. پرسشنامه راتر فرم **B** شامل ۲۶ سؤال می باشد که به شیوه لیکرت (۰– ۲) نمره گذاری می‌شود. نقطه برش مقیاس ۹ می باشد و کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر می‌گیرند به عنوان کودکان دارای اختلال شناخته می‌شوند (Rutter, 1967). در پژوهش اولیه راتر و همکاران (Rutter & et, 1967) که در مورد ۹۱ کودک انجام شد، میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۶ درصد گزارش شده که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. در پژوهش دیگری که توسط راتر و همکاران (Rutter & et, 1975) صورت گرفت درصد توافق حدود ۶۱/۵ درصد گزارش گردید.

راتر (Rutter, 1985) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی به فاصله سیزده هفته در حدود ۸۵٪ گزارش کرده است. ضریب پایایی بازآزمایی(با فاصله دو ماه) ۰/۷۴ برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره‌گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. این پرسشنامه توسط دکتر مهریار و یوسفی(Mahyar & Usefi, 1991) برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان ایرانی (شیراز) بکار گرفته شد. دکتر مهریار و همکارانش با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ سؤال به آن افزوده‌اند. طبق تحقیق راتر (Rutter,1967) نمره ۹ جهت تمایز بین کودکان هنجار و دارای مشکل در نظر گرفته شد ولی در ایران بعد از تغییراتی که توسط دکتر مهریار و همکارانش صورت گرفت نمره ۱۳ و بالاتر جهت این تفاوت گذاری تعیین شد. این پرسشنامه ۵ بعد مختلف اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد که عبارتند از: پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه. این پرسشنامه از روایی قابل قبولی در ایران برخوردار است. مهریار و یوسفی روایی این پرسشنامه را به شیوه تشخیص روانپزشک و پرسشنامه راتر بدست آوردند که در نتیجه میزان توافق در وجود اختلالات رفتاری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. پایایی این پرسشنامه نیز معتبر است. عدل (aadl,1993)با به کار بردن روش‌های دونیمه کردن و بازآزمایی ضریب همبستگی پرسشنامه را به ترتیب ۶۸٪ و ۸۵٪ گزارش کرده است که هر دو روش در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده‌اند. یوسفی (Usefi,1998) پرسش نامه اختلال راتر ویژه معلمان را به همراه آزمون بندر گشتالت اجرا نمودند و ضریب همبستگی ۰/۹۶ را به دست آوردند. علیخانی (alikhani,1997) با بکار بردن روش های دو نیمه کردن و بازآزمایی، ضریب هم بستگی، این پرسش نامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌است که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی دار

بودند. در پژوهشی ابوالقاسمی، نریمانی (Abo-Alghasemi, Narimani,2005) ضرایب پایایی دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند.

شیوه اجرا

آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای حاضر می‌شوند و با وسایل و اشیاء سمبولیک بازی می‌کنند. در این روش نقش پژوهشگر/ آزمونگر، ثبت مشاهدات بالینی و حالات و رفتارهای آزمودنی‌ها در طی تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان دادن عکس العمل متناسب با موقعیت است. هم چنین پژوهشگر/ آزمونگر باید در پایان هر جلسه از تصاویری که مراجعان می‌سازند عکس تهیه کند و با آنها درباره محتوای تصاویر گفتگو کند. اداره ی جلسه‌ها به روش غیرمستقیم است، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده دارند و پژوهشگر/ آزمونگر تنها در مواردی مداخله می‌کند که آزمودنی سؤال داشته و یا نیازی احساس شود. اصول بازی در این روش مداخله، مبتنی بر اصول بازی درمانی اکسلاین (Oxlin,1947) است که مواردی مانند(ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، رهبر بودن کودک در جلسه درمان، حفظ احترام کودک) را شامل می‌شود (Boik & Goodwin,2000).

جدول۲.خلاصه برنامه گام به گام شن بازی درمانی

(بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی؛ Boik & Goodwin,2000).

مرحله اول : خلق کردن دنیا

الف : معرفی شن بازی به مراجع

- ایجاد یک فضای ایمن، محافظت شده و آزاد.
- معرفی دوباره سینی ها و ظروف، اشیا، فرایند و مراحل انجام کار به مراجع.
- به کودک بگویید که ما برخی اوقات از شن برای این موضوع استفاده می‌کنیم که به ما داستانی را بگوید، یا این که با آن درباره چیزی صحبت می‌کنیم، یا این که با شن تصویری از آن چه درباره آن فکر می‌کنیم یا احساسی که داریم استفاده می‌نماییم.
- قرار دادن خودمان در موقعیتی که مراجع با آن احساس راحتی داشته باشد.
- به کودک بگویید که در انجام شن بازی هیچ روش و کار اشتباهی برای انجام بازی وجود ندارد.
- او هر چه بخواهد خلق کند را می‌تواند با آن درست کند.
- او می‌تواند با شن بازی کند و از هر شی و جسمی که روی میز است برای گفتن داستان استفاده نماید.
- به مراجع بیاموزید که وقتی کارش تمام شد شما را آگاه کند.

ب : ساختن دنیا

- کودک هر صحنه‌ای را که بخواهد خلق می‌کند.
- بدون این که در کار کودک دخالت کنید و یا این که تفسیری برای او انجام دهید، شاهد کار او باشید به او افتخار کنید و به او احترام بگذارید.
- مراجعان می‌توانند دنیا را با و یا بدون کمک اشیا و بسازند.
- ساکت بمانید و کاملا متوجه و مراقب اوضاع باشد.

مرحله دوم : تجربه کردن و آرایش دوباره دنیا

الف : تجربه کردن

- شما می‌توانید بگویید : این تصویر درست مانند یک دنیا است. این تصویر یک مکان خاص و ویژه است، زمان کوچکی را صرف این موضوع کنید که وانمود نمایید شما در این مکان زندگی می‌کنید. شما می‌توانید بلند شده و اگر دوست دارید در اطراف آن قدم بزنید و از تمامی جهت‌های مختلف آن دنیا را ببینید.
- مراجع را تشویق کنید که کاملا دنیا را با تمام وجود تجربه نماید.
- وقتی که مراجع نسبت به آن دنیا واکنش نشان می‌دهد شما ساکت بنشینید (این زمان همان زمان تجربه کردن عمیق است).
- به کودک اجازه دهید که اگر خواست هر تغییری را که دوست دارد در دنیای خود ایجاد نماید.
- با اعمال تغییرات مراجع هم اگر بخواهد می تواند آن دنیا را ترک نماید
- به مراجع زمان دهید تا دوباره آن دنیایی را که تغییر یافته است را تجربه کند.

مرحله سوم : درمان

الف : گردش در دنیا

- در همان طرفی که مراجع ایستاده است به او ملحق شوید.
- از کودک بپرسید که آیا می تواند راهنما و یا معلم شما باشد و همه چیز را درباره آن دنیا به شما بگوید یا خیر، یا این که به شما بگوید در آن دنیا چه اتفاقی در حال رخ دادن است. از کودک بپرسید آیا ایرادی ندارد وقتی که در حال صحبت کردن در مورد آن دنیا می باشد از او سوالاتی بپرسید.
- اگر کودک درباره این مرحله از کار مشکلاتی داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که از تصور و خیال خود استفاده نماید و برای شما هر داستانی را تعریف کند که او می‌خواهد درباره دنیایی که خلق کرده است روی دهد.
- به احساسات کودک درباره آن دنیا واکنش نشان دهید.
- به زبان و نشانه‌های غیر کلامی در هنگام تعریف کردن داستان توجه کامل داشته باشد.
- مراجع را تشویق کنید که همان احساساتی را که در او بروز می کند نشان دهد.

ب : مداخله های درمانی :

– سوالاتی درباره آن دنیا بپرسید، تنها به همان مواردی واکنش نشان دهید که مربوط به مراجع است و مشتری به آن اشاره می کند.
– تمرکز خود را بر روی اشیا داخل و بر روی میز (سینی) جلب کنید.
– شما می‌توانید از اشیای داخل سینی و دنیا نیز بخواهید که با یکدیگر صحبت کنند.
– شما می‌توانید از کودک بخواهید با استفاده از اشیا یک تور گردشی برای شما در سینی شن را خلق کند.
– شما می‌توانید از کودک بخواهید که به شما نشان دهد در ان سینی (دنیا) چه اتفاقی در حال رخ دادن است (آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را بازی کند).
– اگر کسی در داخل آن دنیا و سینی نیاز به کمک داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که یک شخصیت و یا شی دیگری را وارد آن دنیا کند تا بتواند مانند یک کمک دهنده در آن جا برای آن فرد عمل کند.
– نحوه مداخلات درمانی خود را برای این کار انتخاب کرده و به کار ببرید (برای مثال روش‌های گشتالت، نمایش اخلاقی و انتقادی، نمایش مصور، ساختار بندی دوباره ادراکی، هنر درمانی).

مرحله چهارم : سند برداری (مستند سازی)

الف : تصویربرداری مشتری

– اجازه دادن به مراجع برای تصویر برداری از دنیا از هر زاویه‌ای که خودش بخواهد.
اگر که این تصویر یک عکس زود ظاهر شونده باشد، مراجع می‌تواند آن را با خود به خانه ببرد. اگر که آن تصویر با یک دوربین دیجیتال گرفته شد، در جلسه بعد آن عکس را به کودک بدهید.

ب : عکس برداری درمانگر:

–با اجازه مراجع، می‌توانید برای استفاده‌ها و کاربردهای آینده، تصاویری را از آن دنیا داشته باشد.

مرحله پنجم: مرحله گذار و انتقال

الف : معنا سازی – ساختن

– شما می‌توانید از کودک بخواهید توضیح دهد که چه‌طور آن دنیا را ساخته است.
– شما می‌توانید این طور بگویید : زندگی تو در چه زمان‌هایی و به چه صورتی شبیه به این بازی و دنیای شنی است.
– شما می‌توانید بگویید: چه چیزی در این دنیا و بازی شنی وجود دارد که تو بخواهی آن را به یاد بیاوری.
– به یاد داشته باشد که همیشه به دنبال رفتار کودک حرکت کنید.

ب : ارتباط دادن این بازی و دنیای شنی با زندگی و دنیای واقعی مراجع

– اگر کودک ارتباطاتی را بین بازی شنی و زندگی خودش ایجاد کرد، به کودک کمک کنید تا بتواند آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را درک کند.
– به مراجع کمک کنید که دنیا را به صورتی با معنا تبدیل نماید.
– مراجع را ترغیب کنید که به این نکته توجه کند که چه طور موارد و مسائل داخل این دنیای شنی در زندگی روزمره او نمود پیدا کرده و نشان داده می‌شود.

- با خاطرات و یا مسائل جاری زندگی او ارتباط ایجاد کنید.
- از روش‌های عملی و کاربردی برای مراجع استفاده کنید تا بتواند به وسیله آن ها موقعیت‌های خطرناک، تهدید-کننده و غیر راحت را که برایش رخ می‌دهد، درک کرده و با آن‌ها کنار بیاید.

مرحله ششم: خراب کردن و ویران نمودن دنیا

الف: درک کردن دنیا

- پس از این که مراجع اتاق را ترک کرد، دنیای او را کاملا تخریب نمایید، مراحل و روند انجام کار با مراجع را گزارش کرده.

ب: پاک کردن دنیا

- به تغیراتی که رخ داده است توجه نمایید.
- اشیا را در مکان های مناسب بر روی قفسه‌ها جابجا نمایید.
- نکته برداری های خود را تکمیل کنید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر آزمودنی‌های گروه آزمایش شامل ۱۵نفر (۶ دختر و ۹ پسر) و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر(۴ دختر و ۱۱ پسر) بود. میانگین سنی آزمودنی ها (۵/۶۷ سال، انحراف استاندارد ۰/۶) است. شاخص های توصیفی نمره کلی اختلالات رفتاری در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول۳. شاخص های توصیفی نمره اختلال‌های رفتاری در پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	پرخاشگری/ بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۴/۷	۴/۷۹
	اضطراب/ افسردگی	۴/۲۷	۲/۰۵	۴/۳۳	۱/۹۱۵
	ناسازگاری اجتماعی	۵	۲/۳	۴/۶۷	۱/۶۷
	اختلال سلوک	۲/۲۷	۱/۷۱	۱/۳۵	۱/۴
	کمبودتوجه	۴/۶	۲/۰۲	۲/۷۳	۱/۸۷
پس آزمون	پرخاشگری/ بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۷/۴۰	۴/۷۶۳
	اضطراب/ افسردگی	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۴/۳۳	۱/۹۱
	ناسازگاری اجتماعی	۲/۹۳	۲/۰۱	۶	۲/۶۱
	اختلال سلوک	۱/۲۷	۱/۷	۱/۲۵	۱/۶۲
	کمبودتوجه	۴/۲	۲/۸۵	۵/۲	۳/۰۲
پیگیری	پرخاشگری/ بیش‌فعالی	۲/۹۳	۳/۱۵۰	۷/۵۳	۴/۷۷۹
	اضطراب/ افسردگی	۱/۸۷	۱/۳۲	۵/۳	۱/۸۸۵

ناسازگاری اجتماعی	۲/۶۷	۱/۹۱	۶/۰۷	۲/۶۸
اختلال سلوک	۶/۰۷	۲/۶۸	۱/۶۷	۱/۳۴
کمبود توجه	۲/۴	۱/۵۶	۵/۱۳	۲/۹۴

با ملاحظه جدول ۳ می‌توان به تفاوت بسیار زیاد نمره‌های کودکان در مرحله اصلی و پیگیری در اختلال رفتاری و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل پی‌برد. برای بررسی پیش فرض‌های مانکووا، ابتدا همگنی شیب پیش آزمون‌ها با پس آزمون‌ها محاسبه شد، در جدول ۴ همگنی شیب پیش آزمون‌های پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی، کمبود توجه با پس آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی، کمبود توجه آمده است.

جدول۴. همگنی شیب پیش آزمون های مؤلفه‌های اختلال رفتاری

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی
گروه * پیش آزمون پرخاشگری/بیش‌فعالی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۸۷	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶
گروه * پیش آزمون اضطراب/افسردگی	آزمون اثر پیلایی	۰/۸۰۴	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۶	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵
گروه * پیش آزمون ناسازگاری اجتماعی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۰۹	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۹۱	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰
گروه * پیش آزمون اختلال سلوک	آزمون اثر پیلایی	۰/۲۲۳	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۷۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰
گروه * پیش آزمون کمبود توجه	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۹۱	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰۹	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۴۶	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶

	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۱/۴۴۶	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶
گروه * پیش آزمون *پرخاشگری/بیش فعالی*اضطراب/افسردگی* ناسازگاری اجتماعی*اختلال سلوک*کمبود توجه	آزمون اثر پیلایی	۰/۴۳۶	۱/۰۰۳	۱۰	۳۶	۰/۴۶۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۹۹	۰/۹۹۲	۱۰	۳۴	۰/۴۶۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۶۱۰	۰/۹۷۷	۱۰	۳۲	۰/۴۶۰
	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	۰/۴۹۲	۱/۷۷۰	۱۰	۱۸	۰/۴۶۰

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود گروه *پیش آزمون پرخاشگری/بیش فعالی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری/بیش فعالی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه *پیش آزمون اضطراب/افسردگی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اضطراب/افسردگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. در گروه *ناسازگاری اجتماعی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون ناسازگاری اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. گروه *اختلال سلوک نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اختلال سلوک در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه *پیش آزمون کمبود توجه نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون کمبود توجه در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. سطح معنی‌داری گروه *پیش آزمون *پرخاشگری/بیش فعالی *اضطراب/افسردگی* ناسازگاری اجتماعی *اختلال سلوک* کمبود توجه نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با ترکیب خطی پس آزمون‌ها برای گروه آزمایش و کنترل یکسان است. با وجود این شرط، مهمترین شرط تحلیل کوواریانس یعنی پیش آزمون و پس آزمون‌ها یکسان است و تفاوتی بین آنها وجود ندارد، برقرار است.

جدول۵. همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری با پس آزمون مؤلفه‌های اختلال رفتاری

منابع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه * پیش آزمون *پرخاشگری/بیش فعالی*اضطراب/افسردگی* ناسازگاری اجتماعی*اجتلال سلوک*کمبود توجه	پرخاشگری/بیش‌فعالی	۲/۱۱۰	۲	۱/۰۵۵	۲/۲۴۹	۰/۱۳۰
	اضطراب/افسردگی	۳/۳۵۴	۲	۱/۶۷۷	۰/۶۷۹	۰/۵۱۸
	ناسازگاری اجتماعی	۰/۷۷۱	۲	۰/۳۸۶	۰/۱۹۷	۰/۸۲۳
	رفتار ضداجتماعی	۶/۴۰۲	۲	۳/۰۲۱	۰/۵۷۷	۰/۰۵۲
	کمبود توجه	۴/۰۱۴	۲	۲/۰۰۷	۰/۵۸۶	۰/۵۶۵

این یافته نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون پرخاشگری/بیش فعالی و شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون اضطراب/افسردگی و شیب

ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون ناسازگاری اجتماعی و شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر اختلال سلوک و شیب میان ترکیب پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون کمبود توجه تفاوتی نمی‌کند. بنابراین، با توجه به جدول‌های ۵ و ۶ می‌توان گفت که مهمترین پیش‌فرض کوواریانس برقرار است یعنی شیب خط‌های رگرسیونی یکسان است. اما پیش‌فرض دیگر کوواریانس برابری کوواریانس‌ها است که برای بررسی آن از آزمون لوین استفاده شد.

جدول۶. نتایج آزمون لوین بر مؤلفه‌های اختلال‌رفتاری

متغیر	F	df_1	df_2	سطح‌معنی داری
پرخاشگری/بیش‌فعالی	۰/۴۵۰	۱	۲۸	۰/۵۰۸
اضطراب/افسردگی	۰/۷۸۳	۱	۲۸	۰/۳۸۴
ناسازگاری اجتماعی	۲/۶۴۴	۱	۲۸	۰/۱۱۵
اختلال سلوک	۰/۰۰۳	۱	۲۸	۰/۹۵۵
کمبودتوجه	۰/۱۹	۱	۲۸	۰/۷۶۷

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مقدار F لوین برای تمام مؤلفه‌های اختلال رفتاری در سطح$P< ۰/۰۵$ معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها و برقرای شیب رگرسیون مورد استفاده قرار می‌گیرد و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌ها با پیش فرض همگنی کوواریانس بلامانع ارزیابی گردید.

جدول۷. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

	نام آزمون	مقدار	F	dfفرضیه	dfخطا	سطح معنی‌داری
گروه	آزمون اثر پیلایی	۰/۸۳۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول (۷) ارائه شده است. از نتایج می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی آزمایش حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال سلوک و کمبود توجه) اثربخش بوده است.

برای روشن شدن این مطلب که مداخله‌ی آزمایشی به چه نحوی تک تک متغیرهای وابسته را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کوواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد.

جدول۸. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای تأثیر شن بازی درمانی بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری

منبع تغیرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون
	پرخاشگری/بیش فعالی	۴۶/۵۸۱	۱	۴۶/۵۸۱	۲۵/۵۵۸	۰/۰۱	۰/۵۲۶
	اضطراب/افسردگی	۱۰۷/۴۱۸	۱	۱۰۷/۴۱۸	۴۴/۷۲۲	۰/۰۱	۰/۶۶۰
	ناسازگاری اجتماعی	۷/۹۳۸	۱	۷/۹۳۸	۱۵/۲۶۷	۰/۰۱	۰/۳۹۹
گروه	اختلال سلوک	۳/۰۲۴	۱	۳/۰۲۴	۱/۸۷۸	۰/۱۸۴	۰/۰۷۶
	کمبود توجه	۷۶/۳۴۹	۱	۷۶/۳۴۹	۲۳/۱۲۱	۰/۰۱	۰/۵۰۱

فرضیه اول: شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی کودکان مؤثر است.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس (جدول۸)، بین این دو گروه (آزمایش و کنترل) در حیطه کاهش پرخاشگری/بیش فعالی (F=۲۵/۵۵۸ ، P<۰/۰۵) با توان ۰/۵۲، اضطراب/افسردگی (F=۱۰۷/۴۱۸ ، P<۰/۰۵) با توان ۶۶٪، ناسازگاری اجتماعی (F=۱۵/۲۶۷ ، P<۰/۰۵) با توان ۳۹٪ و کمبود توجه (F=۲۳/۱۲۱ ، P<۰/۰۵) با توان ۵۰٪ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. و شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه مؤثر بوده است.

اما بین گروه آزمایش و کنترل در حیطه اختلال سلوک تفاوت معنی داری (F=۱/۸۷۸ ، P>۰/۰۵) وجود ندارد. و شن بازی درمانی تأثیری بر کاهش اختلال سلوک نداشته است.

در ادامه برای بررسی اثر تداوم مداخله بر گروه آزمایش، از آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۹) درج شده‌اند.

جدول۹. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری کودکان

گروه آزمایش(۱۵ نفر) در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
پرخاشگری/بیش فعالی	پس آزمون	۳/۲۷	۳/۳۹	۲۹	۱	۰/۳۲۶
	پیگیری	۲/۹۳	۳/۱۵۰			
اضطراب/افسردگی	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۲۹	۱/۲۷	۰/۲۱۱
	پیگیری	۱/۸۷	۱/۳۲			
ناسازگاری اجتماعی	پس آزمون	۲/۹۳	۲/۰۱	۲۹	۱/۱۴	۰/۲۶۴
	پیگیری	۲/۱۷	۱/۹۱			
اختلال سلوک	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۷۱	۲۹	۲/۲۶۲	۰/۴۹۳
	پیگیری	۶/۰۷	۲/۶۸			
کمبود توجه	پس آزمون	۴/۲	۲/۸۵	۲۹	۱/۲۶	۰/۳۱۰
	پیگیری	۲/۴	۱/۵۶			

همان‌گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش که مداخله شن بازی درمانی را دریافت کرده‌اند، میزان پرخاشگری/بیش فعالی (t=۱ و P>۰/۰۵)، اضطراب/افسردگی (t=۱/۲۷ و P>۰/۰۵)، ناسازگاری اجتماعی (t=۱/۱۴ و P>۰/۰۵)، و کمبود توجه (t=۱/۲۶ و P>۰/۰۵) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی داری نکرده است.

به عبارت دیگر اثر مداخله شن بازی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه در گروه آزمایشی تداوم داشته است. اما بین کودکان گروه آزمایش از نظر مؤلفه‌ی اختلال سلوک (t=۲/۲۶۲ و P>۰/۰۵) تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارت دیگر اثر مداخله در مرحله پیگیری نیز تداوم نداشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلال رفتاری انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه کودکان دارای این اختلالات مؤثر بوده است. به نحوه‌ی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری با توجه به آنچه که پر سشنامه اختلال رفتاری راتر می سنجد، پس از مداخلات کاهش یافته ا ست. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبل در حوزه شن‌بازی درمانی در مورد کودکان، نوجوانان و دانشجویان از جمله عبداللهی بقرآبادی و همکاران (Abdolahi-Boghr Abadi & et, 2010)؛ می‌یانگ و کیم(Mi-yang & Kim, 2012)؛ مون (Moon, 2005)؛ سوداوسون (Sue Dawson, 2011)، هماهنگ و همسو است. و شن بازی درمانی را شیوه ای مؤثر در بهبود اختلال رفتاری کودکان دانست.

در تبیین نتایج فوق می توان گفت: نظریه پردازان روان تحلیل گر معتقدند که با استفاده از نمادها و از طریق بازی می‌توان از محتویات ناخودآگاه، آگاه شد. به نظر یونگ که روش شن بازی درمانی بر اساس نظریه او شکل گرفته ا ست، خود نمی تواند نشان داده شود، با این حال می توان آن را در تصاویر نمادین تجربه کرد و از آن آگاه شد. بنابراین ماهیت نمادین و دیداری شن بازی است که باعث تبدیل شدن آن به یک محیط منحصر به فرد برای پیدا کردن و به یاد آوردن خود فراموش شده و یا واپس رانده شده، می‌شود. در روند این سفر، کهن الگوی سایه پدیدار می شود و با حمایت درمانگر از مسیر دردناک و طرد شده تجارب در جعبه شن پرده برداری می شود.

بابایی کافکی، حسن زاده و جدیدی (Babaei Kafaki, Hassanzadeh & Jadidi, 2013) در تبیین یافته‌های خود معتقدند بازی درمانی به کودک کمک می‌کند تا تنش روانی خود را به واسطه بازی کاهش دهد. زیرا بازی باعث تصفیه روحی و حذف آثر مشکلات در کودک می شود و انگیزه لازم را برای ا ستفاده از حداکثر ظرفیت خود را در او ایجاد می کند. آمستر(Amster, 1982) نیز معتقد ا ست کودک از طریق بازی، سعی می‌کند مسائل و تعارض های خود را حل کند. افزون بر این کودک با مرور تجربه‌های گذشته خویش، آن ها را با تصورها و الگوهای جدید زندگی منطبق می‌کند. در سرتاسر این کنش‌ها، کودک پیوسته به کشف مجدد خویش می‌پردازد، تصویر خود را اصلاح می‌کند و در روابط خود با جهان پیرامون نیز تجدید نظر می‌کند. بدین ترتیب کودک با بازنگری رفتارهای خود نسبت به مسائل، باورها، علایق، نیازها و پیامدهای رفتار خود آگاهی بدست می‌آورد و در جهت تغییر گام بر می‌دارد.

علاوه بر این شن بازی روش مداخله‌ای است که خطر آن کم و موفقیت آن زیاد است. همچنین

فرایند ساختن یک محوطه شنی برای کودکان جذاب است و بیان غیر مستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن در بر می گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق و غیر کلامی و به فعل در آوردن توانایی های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز میشود که مربوط به فرایندهای ادراکی، حافظه تصویری، تجسم سازی، خیال پردازی، تخیل و احساسات است (Berger,2012). تخیل در حقیقت، روش کودک برای غلبه یافتن بر مشکلات محیطی است. کودک مشکلی را بارها به تصور خویش در می‌آورد و به نگرش اجتماعی شده‌ای دسترسی می‌یابد که سرانجام در سطحی از عمل یا رفتار تجلی می‌یابد. در تبیین کلی یافته‌های پژوهش می توان به فواید شن بازی درمانی اشاره کرد، زیرا فایده بزرگ شن بازی، کیفیت غیر کلامی آن است. شن بازی به سطح پیش کلامی خودآگاه نفوذ می کند که از طریق حواس حمایت می‌شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه ای مؤثر می‌سازد. ونیتورلا و جیمز (Vinturella & James,1987) بر این باور هستند که شن بازی از دیگر شیوه‌های درمانی نتیجه بخش‌تر است زیرا به هیچ مهارتی از جانب کودک نیاز ندارد. همچنین نتایج نشان داد که شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلال سلوک کودکان مؤثر نیست. در تبیین این نتیجه می توان به عوامل مؤثر در ایجاد اختلال سلوک اشاره کرد. با توجه به سبب شناسی اختلال سلوک در کودکان، خانواده به دلیل روش مدیریتی و دارا بودن صلاحیت‌های لازم برای تنظیم امور کودکان بر رشد هیجانی و اجتماعی آنها تأثیری عظیم دارند. لذا به نظر می‌رسد اگر شیوه‌های درمانی متناسب با نیازهای خانواده و با مشارکت خانواده باشد، مفیدتر خواهد بود. در ضمن مطالعاتی که نشان داده‌اند اختلال سلوک در اثر شیوه‌های فرزندپروری نامناسب افزایش می‌یابد، بیشتر بر شیوه‌های فرزندپروری استبدادی یا سهل گیر تأکید دارند. محققان دریافته‌اند که ترکیبی از عواطف والدینی ضعیف و مهارهای شدید والدینی اختلال سلوک را افزایش می‌دهد. زیرا شیوه‌های فرزندپروری والدین هم یک عامل ایجاد کننده و هم یک عامل بازدارنده اختلال سلوک است (Sohrabbi & Hassani, 2007).

از میان محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت، می توان به اجرا توسط پژوهشگر که ممکن است باعث سوگیری شود و عدم وجود زمان کافی برای پیگیری بلند مدت نتایج به دست آمده اشاره کرد. با توجه به اثربخشی شن بازی درمانی هم در مرحله‌ی اصلی و هم حفظ ماندگاری پس از یک ماه برای کاهش اختلال رفتاری کودکان در این مطالعه، به مسؤلان مراکز بهزیستی و روان‌شناسان بالینی توصیه می گردد از این روش در کار با کودکانی که دچار اختلالات برونی سازی و یا درون سازی هستند، استفاده کنند.

References:

Abdullahi Bqrabady, Q., Sharifi Pordaramadi, P& Dolatabadi, Sh. (2009). Impact of Sand play Therapy in reduction of Aggression in Students with Deafness. *Journal of Psychological Studies*, 1 (6). (in Persian)Aadl, A. (1993). Influence of social skills training method to improve children's disruptive behavior disorder, MS Thesis, Institute of Psychiatry. (in Persian)

Abolqasemi, A., Narimani, M & Kiyamaree, A. (2005). Prevalence and comorbidity of behavioral disorders in elementary school students and its relationship with academic achievement.*Journal Science and Technology*, 4 (3): 19-14. (in Persian)

Alikhani, F. (1997). Comparison of behavioral disorders in children in an orphanage and Ghyrprvrshgahy in Tehran based on family type. *Master's thesis. Islamic Azad university. Khorasgan*. (in Persian)

Allan, J., & Berry, P. (1987*).* Sandplay. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 21: 300-306.

Allan.J. & Brown.K. (1993). Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 28:30-42.

Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*,13, 62-68.

Babaei Kafaki, H., Hassanzadeh, R., Jadidi, M (2013). The Effectiveness of Gestalts Group Play-Therapy on the Improvement of Social Skills in Pre -School Children. International *Journal of Basic Sciences & Applied Research*. 2 (4), 468-474.

Berger R, Tiry M. (2012). The enchanting forest and the healing sand ÇöNature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *Journal of the Arts in Psychotherapy*; 39(5): 412-6.

Boik, B., & Goodwin, E. (2000). *Sandplay therapy*: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations. New York: Norton.

Botha. M. (2010). The use of sand play psychotherapy with an adolescent how has poor self- esteem. In partial fulfillment of the requirements for the degree. *Magister educationis, in the department of educational psychology at the university of Pretoria.*

Campbell, M. (2004). The Value of Sandplay as a Therapeutic Tool for School Guidance Counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling* 14(2):211-232.

Cao, H., Shan. W., Xu. Y., Xu. R (2013). Eastern sandplay as a safe container for a combined intervention for a child with Asperger syndrome: A case study. *Journal of the Arts in Psychotherapy* 40, 134- 142.

Cunningham. L. (1997). What is Sandplay Therapy? Journal of sandplay therapy, 6(1).

Eapen, V., Swadi, H., Sabri, S., Abou-saleh, M.(2007). childhood behavioural distorbance in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *Journal of the Eastern Mediterranean Health*: 7(3):428-434.

Ghobariye BONAB, B., Parand, A., Hosseinkhanzadeh Firoozjah, AA., Mouleli,G & Nemati, Sh. (2009). The prevalence of conduct disorder students Khanzadeh Fyrvzjah Hosseini, elementary *Tehran. Research on Exceptional Children*, 9 (3): 238-223. (in Persian)

Hughes, F., C. (1999). Psychology of the game, children, play and grow. Translation Kamran Ganji (2009). *Tehran: Publications Roshd*. (in Persian)

Kalff, D. M. (1980). A psychotherapeutic approach to the psyche – Sandplay. Boston: Sigo Press.(p:45-49).

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. (2005).Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the Arch Gen Psychiatry*. 62(6):593-602.

Mattson, DC., Veldorale-Brogan, A. (2010). Objectifying the sand tray: An initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *Journal of The Arts in Psychotherapy*; 37(2): 90-96.

Mehrabi, H, A. (2005). Prevalence of behavioral disorders in elementary school students. *Education Organization in Isfahan province*. (in Persian)

Mehryar, King., Joseph, F. (1967). Diagnosis and treatment of mental illness in children. *Tehran. Publications Roshd*. (in Persian)

Mi-yung, J., Kim, Y. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, oneliness and self- expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Journal of The Arts in Psychotherapy*؛ 39(1):38-41.

Moon, P. K. (2005). Sand Play Therapy With U.S. Soldiers Diagnosed With PTSD and Their Families. American counseling association. *VISTAS online*. 63-66.

Rutter M, A. (1967). children's behavior questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*. 8: 1-11.

Rutter M, Graham P, Yule W (1970) A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in developmental medicine. Heinemann, London. (pp;109).

Rutter M. (1997). Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Journal of Arch General Psychiatry*. 54(9):785-9.

Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*: 1092–1115.

Rutter, M., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. English and Romanian Adoptees Study Team. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.

Rutter, M.A.. Tizard, J.. Yule, W.. Graham, P.. & Whitmore, K. (1976). Research report: lsle of wight studies. *Journal of Psychological medicine*. 6: 313-332.

Rutter, MA. (1985). Children s behavior questionnairecfor completion by teachers; Preliminary findings. *Journal of Psychol Psychiatry*; 8: 1-11.

Sausser, S., & Waller, H. (2006). A model for music therapy with student with emotional and behavioral disorder. *Journal of The Art In Psychotherapy*؛ 33:1-10.

Shokohiye yekta, M., Parand, A. (2005). Behavioral disorders in children and adolescents. *Tehran: tayyb Publication*. (in Persian)

Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Journal of Behavioral Disorders*, 36(3), 185–194.

Sohrabi, F., Hasani, A. (2007). Parenting styles and anti-social behavior among adolescent girls. *Journal of Psychology*, 11 (1): 88-75. (in Persian)

Sue Dawson, L. (2011). Single-Case Analysis of Sand Tray Therapy of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Faculty of the graduate school of education

and human development and columbian college of arts and sciences of the George Washington University.

Taklavi, S. (2011). Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 1 (1): 59-44. (in Persian)

Thompson, Ch., Rudolph, L., Linda, B. (1996). Consultation with children. Translation Tahoriyan (2009). *Tehran. Roshd Publication*. (in Persian)

Unnsteinsdóttir, K. (2012). The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. *Journal of The Arts in Psychotherapy*؛ 39(4): 328-332.

Vinturella, L., & James, R. (1987). Sandplay: A therapeutic medium with children. *Journal of Elementary School Guidance and Counseling, 21*, 229-236.

Wang Flahive, M. & Ray, D. (2007). Effect of group sand tray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in Group Work, 32,* 362-382.

Wen, Z., Risheng,Z., Haslam. D., Zhiling.,J. (2011). The effects of restricted group sandplay therapy on interpersonal issues of college students in China. *Journal of The Arts in Psychotherapy* 38: 281- 289.

Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe, T.A., Crosloy,A. E., Johnnson, R.L., Liberman, A.M., Mosci chi, E., Price, L.N.,Tuma, F.K., Halra,G., Chatto., Padhyay, S.K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*,53(3), 287-373.

Wolfe, D A., Mash, E J (2006). Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, Assessment, and Treatment). The Guilford press. Library of congress cataloging-in-publication data, New York: London.

Yousefi, F. (1998). Standardization Rotter scale to assess behavioral and emotional problems of male and female primary school students in Shiraz. *Journal of Humanities and Social Sciences University, Shiraz*, 13 (1): 192-172. (in Persian)

Zeng, G. (2007). An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.